

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.

Yuneisys Perez Sardina

Pelotas, 2016

Yuneisys Perez Sardina

Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S244q Sardiña, Yuneisys Pérez

Qualificação da Atenção à Saúde dos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC / Yuneisys Pérez Sardiña; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

121 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão.

Agradecimentos

Aos meus pais, pela minha existência e por serem grandes incentivadores para que eu não desista dos meus sonhos.

Ao meu irmão pelo carinho e apoio incondicional comigo.

À minha família, pelo carinho e incentivo que me fazem continuar sempre.

A minha orientadora Stelita Pacheco Dourado Neta pela sua paciência e apoio incondicional.

À Deus, por ter me concedido o privilégio de realizar este grande desafio.

Obrigada

Resumo

SARDINA, YuneisysPerez. **Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.**2015.119f.Trabalho de conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e o DM acomete parte importante da população brasileira, sendo seu rastreamento importante para iniciar tratamento adequado o mais rapidamente possível, evitando assim as complicações e os custos destas para a sociedade. A intervenção trata da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. Iniciamos a Intervenção em 16 de setembro e finalizamos em 10 de dezembro de 2015. As ações foram realizadas nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da Prática Clínica. Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe foram: Prontuários individuais, Ficha Espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA para o cadastro e monitoramento das ações. A UBS atende a uma população de 2468 usuários e o público alvo desta intervenção foram os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Na análise do Caderno de Ações Programáticas-CAP temos uma estimativa de 434 hipertensos e 124 diabéticos. Para realizar a intervenção adotamos como protocolo os Cadernos números 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS 158 (42,1%) usuários hipertensos e 35 (37,6%) dos diabéticos previstos para a área. A intervenção apesar de não atingir a meta de cobertura proposta propiciou a melhoria da qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Conseguimos que os usuários cadastrados tivessem priorizada a prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia, realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos cadastrados. Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas foram buscados conforme a periodicidade recomendada assim como melhoramos o registro das informações e realizamos ações de promoção à saúde. No que refere à importância da intervenção para a equipe a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse guiados pelo protocolo e esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe e promoveu também a organização do serviço, pois revimos as atribuições de cada membro. O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade, os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e qualidade do atendimento.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus segundo divisas do Brasil.	11
Figura 2	Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus.	12
Figura 3	Fotografia da entrada do Centro de Saúde Paulo Alcione Márquez em Santa Rosa do Purus/AC.	13
Figura 4	Fotografia da equipe do Centro de Saúde Paulo Alcione Márquez em Santa Rosa do Purus/AC.	15
Figura 5	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015	87
Figura 6	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015	87
Figura 7	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015	90
Figura8	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015	91
Figura 9	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.	92
Figura 10	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015	96
Figura 11	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. 2015	96
Figura 12	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.	98

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Cento Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HTAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbsAg	Antígeno de superfície da Hepatite B
HIV	Vírus imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgGToxoplasmose	Imunoglobulina G Toxoplasmose
IgM Toxoplasmose	Imunoglobulina M Toxoplasmose
MEV	Modificação do Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Prevenção de Câncer de Colo de Útero
PEF	Pelotão Especial de Fronteira
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory(sorologia)
VHC	Vírus da Hepatite C

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	29
2 Análise Estratégica	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e metas.....	32
2.2.1 Objetivo geral.....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas	32
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Detalhamento das ações	35
2.3.2 Indicadores	64
2.3.3 Logística.....	72
2.3.4 Cronograma	79
3 Relatório da Intervenção.....	80
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	80
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	83
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	83
4 Avaliação da intervenção.....	85
4.1 Resultados	85
4.2 Discussão.....	98
5 Relatório da intervenção para gestores	102
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	107
Referências	112
Anexos	114
Anexo AFicha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso).....	115
Anexo BPlanilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.....	116
Anexo CPlanilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1.....	117
Anexo D Documento do comitê de ética	118
Anexo E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	119

Apresentação

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), no qual desenvolvemos uma intervenção na UBS Paulo Alcione Marques em Santa Rosa do Purus/AC que foi realizada no período compreendido de 16 de setembro a 10 de dezembro de 2015 e tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mais sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e, a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu fui lotada no município Santa Rosa Do Purus, do Estado do Acre, na Unidade Básica de saúde (UBS) Paulo Alcione Márquez, ficando mais menos uns 500 metros do rio Purus. Oferece assistência médica a toda às populações de brancos e indígenas que moram na nossa área de abrangência, além da população ribeirinha que chega até nosso centro em busca de assistência médica.

A estrutura física da UBS é adequada para uma rotina de atendimento característica da Atenção Primária à Saúde, onde se presta diferentes serviços, sendo eles distribuídos em 1 sala de recepção, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de procedimentos, 1 sala de vacinação, 1 sala de esterilização, 1 farmácia, 5 banheiros, 1 sala de reunião, 1 laboratório, 1 cozinha, mas temos serias dificuldades em quanto ao consultório médico, só temos 1 consultório e 2 médicas trabalhando no mesmo horário pelo que 1 tem que ficar à espera de um local vazio para fazer o atendimento, situação um pouco incomoda para nós.

A equipe de trabalho é constituída por médicos Geral, 1 Odontólogo (que só presta serviço no horário da tarde), 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 7 agentes comunitário de saúde (ACS), que têm um papel muito importante, já que são eles quem conhecem tudo o que acontece nas famílias e com os seus membros, sendo para a equipe uma ferramenta que permite uma atuação completa na comunidade, além disso temos 1 administrador, 2 assistente social, 2 recepcionista, 5 técnicos de enfermagem, 1 bioquímico e 1 auxiliar de almoxarifado que também participam das atividades da UBS.

Todos os membros da equipe cumprem suas atribuições individuais, mas também todos se envolvem no planejamento e execução de atividades como as palestras que são oferecidas tanto aos grupos específicos (gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos), quanto à comunidade em geral, que são coordenadas pelo médico ou enfermeiro (que na minha UBS conduz os programas de pré-natal, puericultura e Prevenção de Câncer de Colo de Útero (PCCU), mas são apoiados pelos técnicos de enfermagem e os ACS. As mesmas contribuem para melhorar a qualidade da saúde das famílias, a prevenção do consumo de substâncias químicas, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outras potencialmente preveníveis nas quais estão envolvidas as pessoas com e sem fatores de risco e ajudam a mudar hábitos e estilos de vida, além de melhorar as relações entre UBS e a comunidade.

A Unidade Básica de Saúde oferece um atendimento a livre demanda, não tem dias específicos para grupos prioritários, fazemos avaliação dos usuários com doenças crônicas que é um problema identificado por a alta incidência destas doenças especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças metabólicas e Cardiovasculares que explica o pouco conhecimento que tem a população sobre os principais fatores de riscos dessas doenças, assim como doenças respiratórias, diarreias agudas e dermatológicas com um alto índice de incidência, temos um dia específico na semana para fazer visitas domiciliares aos usuários que necessitam planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade em dependência dos problemas identificados com apoio dos agentes comunitários de saúde.

Felizmente a UBS conta com um oferecimento de vacinas de acordo às principais doenças preveníveis, assim como os remédios com os que contam na farmácia, mas as vezes faltam os mesmos e não temos todos os medicamentos que precisamos para tratar as doenças mais comuns.

Nossa equipe de saúde tem boas relações interpessoais, o qual é muito importante para poder fazer um bom trabalho. A maior queixa dos usuários é a demora em fazer alguns exames pelo SUS, já que em nosso município não se faz ultrassonografia, nem mamografia, nem Raios x, nem exames laboratoriais, e eles tem que ser encaminhados a capital do estado, o qual demora muito, mas eu

sempre tenho a preocupação por aqueles mais complicados e faço estratégias com a Secretária de Saúde para dar prioridades a eles. Nossa equipe está trabalhando muito para mudar o estilo de vida dos usuários de risco e evitar a ocorrência de novos casos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santa Rosa do Purus é um município brasileiro do estado do Acre. Faz parte da Mesorregião do Vale do Acre e da Microrregião de Sena Madureira. O Santa Rosa do Purus é um município do Parque Estadual Chandless. A Área da unidade territorial é de 6, 145, 610 km². Fica a 300km da capital do estado. Possui 4.068 habitantes, segundo o censo de recontagem da população de 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE).Atualmente, o município Santa Rosa do Purus tem 5637 habitantes, sendo 2468 habitantes da zona urbana e 3.169 das aldeias e população ribeirinha, segundo o cadastro populacional do 2014.



Figura 1:Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus segundo divisas do Brasil.**Fonte:** Google maps.

A vila de Santa Rosa do Purus foi transformada em Município pela Lei Estadual nº 1028 de 28 de abril de 1992, promulgada pelo então Governador, Edmundo Pinto de Almeida Neto. O seu território foi desmembrado do município de Manuel Urbano. Situado às margens do rio Purus, seu limite começa no marco internacional da fronteira Brasil / Peru, localizado próximo a nascente do rio Santa Rosa do Purus, limitando-se também com os municípios de Feijó e Manuel Urbano.

Santa Rosa do Purus, juntamente com Manuel Urbano e Sena Madureira, faz parte da Regional do Alto Purus, sendo um dos municípios mais isolados do Estado, tanto físicos como institucionalmente. O rio, no caso do Purus, é o grande articulador do espaço Regional, sendo o transporte fluvial, através de barcos e "voadeiras" o principal meio para o deslocamento de pessoas e de mercadorias que abastecem o município. As atividades de caça e pesca são bastante praticadas, como um meio de subsistência da população, mas ainda não se detecta escassez da caça nem desequilíbrio no meio-ambiente em face dessa atividade. Por tratar-se de área de fronteira internacional com o Peru, o município abriga um Pelotão Especial de Fronteira (PEF), do Exército Brasileiro, que possibilita um pouco mais de infraestrutura para a comunidade.

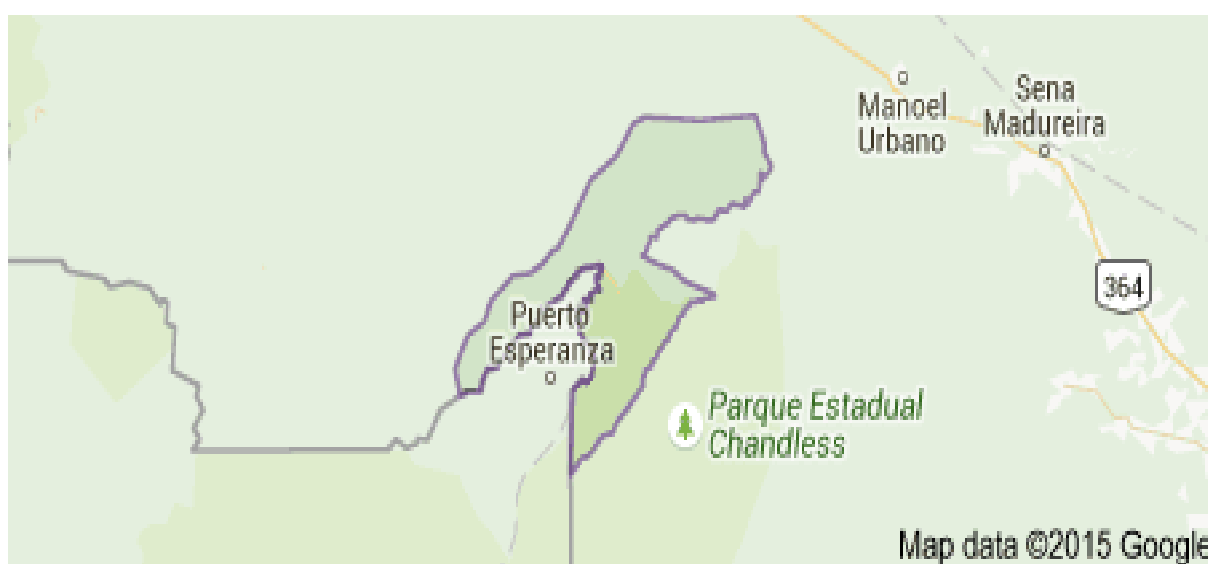


Figura 2: Mapa de localização do município Santa Rosa do Purus.

Fonte: Googlemaps.

As datas festivas de Santa Rosa do Purus são o dia 28 de abril, aniversário da cidade, dia 30 de agosto, festa consagrada à padroeira local, Santa Rosa de Lima.

O sistema de Saúde do município está composto por 4 Unidades de saúde sendo Centro de Saúde Paulo Alcione Márquez (a UBS onde eu fui lotada), Polo Base de Santa Rosa do Purus (unidade de atenção a saúde indígena Polo – Base tipo II), PSF Móvel de Santa Rosa do Purus, e Unidade Mista de Santa Rosa do Purus

(também conhecido como Hospital da Família). No município não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à saúde da Família(NASF), nem de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem de atenção especializada. A Unidade Mista de Santa Rosa do Purus está sem recursos para assistir a pessoas em “estado grave” e a única via de acesso para a capital do estado é de avião ou de barco, as pessoas em “estado grave” tem que aguardar pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência(SAMU) no “aéreo médico”, as vezes mais de 24 horas, sem contar que esse “Hospital da Família” não tem médico há quase 1 ano. Não temos disponibilidade de exames complementares e contamos com um laboratório na UBS que só faz coleta de material para diagnóstico de Leishmaniose, tuberculose, HIV e sífilis. O único laboratório que existe no município é o do Exército Brasileiro, que antes ajudava na realização de exames de hematologia, química sanguínea, urina e fezes. Mas após a saída da anterior bioquímica ficamos totalmente desprotegidos e nossos diagnósticos são puramente clínicos porque não temos apoio deles nem para um exame de urgência. Não temos como realizar exames de hematologia especial para o diagnóstico de doenças como a sicklemia, a dengue ou febre chicungunya; além de não ter nem como fazer um estudo de anemia para determinar o tipo de anemia que apresentam os usuários.



Figura 3 Fotografia da entrada do Centro de Saúde Paulo Alcione Márquez em Santa Rosa do Purus/AC.

Fonte:imagem 2015.

A Unidade de Saúde Centro de Saúde Paulo Alcione Marques é urbana, e tem vínculo direto com o Sistema Único de Saúde(SUS) que permite a aquisição de medicamentos e de equipamento para o atendimento à população, além de que o sistema de deslocamento até os serviços especializados na capital também é favorecido pelo SUS. Os encaminhamentos são realizados desde a UBS até outros níveis de atenção pertencentes ao SUS. Existe também um vínculo dos profissionais da UBS com as instituições de ensino do município, onde realizamos atividades de educação em saúde trabalhando temas como as doenças diarreicas agudas, parasitose intestinal, doenças sexualmente transmissíveis, e atenção à saúde bucal. O modelo de atenção da Unidade é Estratégia Saúde da Família (ESF) e a equipe de saúde está composta por 1médica Clínica Geral, 1 Odontólogo (que só presta serviço no horário da tarde), 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 7 agentes comunitário de saúde, além disso temos 1 administrador, 2 assistentes social, 2 recepcionistas, 5 técnicos de enfermagem, 1 bioquímico e 1 auxiliar de almoxarifado que também participam das atividades da UBS.

A UBS é composta por uma sala de espera, recepção, 1consultório médico, com banheiro, 1 sala de vacina,1 consultório de enfermagem,1sala de curativo e procedimentos,1 consultório odontológico, 2 banheiro para os usuários e 2 banheiros para os trabalhadores da Unidade, 1 cozinha, 1 farmácia, 1 almoxarifado, área administrativa. Não tem sala de nebulização, nem sala para ACS, nem sala de coleta de exame. Tem1 laboratório que só faz teste de leishmaniose, baciloscopia e testes rápidos de HIV, VDRL, Hepatite B e C, o resto dos exames não são feitos, o qual é uma deficiência grave que temos em nosso município, tanto para o médico como para o paciente. Realmente as dificuldades apresentadas na nossa unidade de saúde entorpecem nosso trabalho, a estrutura física da UBS não obedece ao ideal preconizado pelo Ministério da Saúde conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família. Muitos recursos que são necessários para nosso trabalho faltam. A disponibilidade e suficiência de equipamento, instrumental materiais de consumo, de insumos e vacinas é inadequada. A quantidade de autoclave, cabo de bisturi, lâmina para bisturi, material de sutura, nebulizador, anestésico local, fio de sutura, e material para pequenas suturas é insuficiente. Na UBS não temos foco de luz, forno de Pasteur, lanterna, otoscópio, conexão a internet, telefone próprio da UBS, caixa de som, câmera

fotográfica, câmera filmadora, estabilizador, gravador de som. Não se faz manutenção e reposição de equipamento, instrumentos, mobiliário e material de consumo, nem sistema de calibragem de esfigmomanômetro, de balanças. Quando se precisam fazer algumas destas coisas se faz o pedido na secretaria de saúde. Nossa equipe enviou um Ofício à Secretaria de Saúde do município solicitando insumos, materiais e equipamentos para a melhoria da qualidade do atendimento à população.



Figura 4 Fotografia da equipe do Centro de Saúde Paulo Alcione Márquez em Santa Rosa do Purus/AC.

Fonte: autora.

A equipe de saúde participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realiza o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços

comunitários (escolas, associações, entre outros); realiza ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garante a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; participa do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realiza busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; pratica cuidado familiar e é dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade; garanti a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica; realiza ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; participa das atividades de educação permanente; promove à mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; não realiza reuniões de equipe para discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações; não acompanha e nem avalia sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; não realiza trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

A UBS atende uma população de 2.468usuários, em sua maioria indígena das etnias Kaxinawá, Kulina, Jaminawa e Hunikui. O perfil demográfico da população adstrita revela que temos cadastrados na UBS um total de 770 mulheres em idade fértil. Dentre elas537 estão entre os 25 e 64 anos de idade. Atualmente existe um total de 24 gestantes e 49 menores de um ano cadastrados na área. A quantidade

de população se adéqua ao tamanho da equipe, mas a falta de médico na unidade mista traz como consequência um aumento no número de usuários que chegam até nossa UBS em busca de atendimento por demanda espontânea, e para lidar com este excesso de demanda temos o apoio do médico do PSF móvel quando este não tem que viajar para a zona rural.

O acolhimento é uma prática existente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de forma variada. Em minha UBS o acolhimento do usuário é realizado diariamente nos dois turnos de atendimento. Primeiramente é acolhido pelo pessoal da recepção num tempo variável de 5 a 10 minutos. E depois disso é acolhido pelos profissionais correspondentes em cada um dos serviços que seja atendido e o tempo de escuta depende das necessidades reais de cada usuário. Não está estabelecida uma equipe de acolhimento ao usuário, no entanto este trabalho é realizado pelo recepcionista, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem ou pelo odontólogo da UBS e é realizado nos diferentes espaços da unidade em que existe um intercambio dos profissionais de saúde com o usuário.

Nas ações de atenção à saúde da criança, fazemos Puericultura de segunda a sexta feira, nos turnos matutino e vespertino para crianças de zero a 72 meses de vida. Na área de abrangência da equipe temos 258 crianças na faixa etária entre zero a 72 meses que são acompanhadas na UBS. De acordo com o caderno de Ações Programáticas(CAP), segundo a população vinculada à equipe teríamos 49 crianças menores de um ano residentes na área. Nos nossos registros temos conhecimento que na área existem 62 crianças menores de 1 anos e 100% destas crianças são acompanhadas na UBS. Nos indicadores de qualidade para esta população não temos dados para analisar quantas destas 62 crianças menores de um ano residentes na área e são acompanhadas na UBS estão com consultas em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde então analisa-se que as 62(100%) tem atraso de consultas agendadas em mais de sete dias. Das 62 acompanhadas apenas 19 (31%) tiveram a primeira consulta de puericultura realizada nos primeiros sete dias de vida e fizeram o teste do pezinho até sete dias. Nenhuma criança teve realizada a triagem auditiva. Todas as 62(100%) crianças menores de um ano acompanhadas na UBS foram monitoradas quanto ao crescimento e

desenvolvimento na última consulta, e 47 (76%) estão com a vacina em dia. Nenhuma das 62 crianças menores de um ano acompanhadas na UBS foram avaliadas quanto à saúde bucal. As mães dessas 62 crianças menores de um ano foram orientadas sobre a importância de se manter o aleitamento materno exclusivo como fonte de alimentação da criança e sobre os cuidados para a prevenção de acidentes.

Na UBS são realizadas as seguintes ações de atenção à saúde das crianças: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e teste do pezinho. Não se realiza diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental nem promoção da saúde mental. Não existe protocolo ou manual técnico para nortear a equipe nas ações em puericultura. Não temos um arquivo específico para os prontuários dos menores de um ano, se esses prontuários estivessem arquivados separados dos outros prontuários poderíamos criar um “sistema” de registro que viabilize que a equipe possa visualizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, monitoramento das crianças com baixo peso e com obesidade, crianças em situações de vulnerabilidades sociais e familiares e também às faltosas às consultas programáticas. Poderíamos pensar em identificar as crianças em situações de risco com adesivos coloridos, o que facilitaria muito o trabalho com este grupo prioritário. Por exemplo, crianças com baixo risco pediátrico (cor verde); crianças com alto risco pediátrico (cor vermelha). Buscaremos nos organizar para melhorar esse monitoramento. Não existe profissional na UBS que se dedique ao planejamento e monitoramento dessas ações. Pretendemos formar um núcleo na UBS que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das ações e à avaliação e monitoramento das ações do Programa de Puericultura.

Na atenção em pré-natal e puerpério na UBS salientamos que fazemos Pré-natal de segunda a sexta-feira nos turnos matutinos e vespertinos. As consultas são realizadas pela médica e pelo enfermeiro. Na área de abrangência da UBS, estima-se pelo CAP que teríamos 25 Gestantes na área (1% da população total), porém de acordo com os dados levantados temos 28 gestantes residentes na área e atualmente temos 24 gestantes da área acompanhadas na UBS. De acordo com o

CAP temos nos indicadores de qualidade que das 24 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS 4 (17%) foram captadas precocemente iniciando o pré-natal ainda no 1º Trimestre de gestação, porque aqui as mulheres só buscam acompanhamento médico quando a gravidez é evidente, pois a maioria são indígenas e tem alguns hábitos culturais e tabus e também muitas tem dificuldades financeiras para se deslocar frequentemente para a UBS. Das 24 acompanhadas 16 (67%) tem consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, onde orientamos às usuárias e nos organizamos e para oferecer pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre.

Não nos descuidamos da solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, onde as 24 (100%) tem a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, mas como não temos laboratório clínico no município só tem feitos os testes rápidos e as sorologias de HIV, VDRL, HbsAg, VHC e IGG e IGM toxoplasmose, glicemia de jejum capilar. Nenhuma gestante tem feito hemoglobina, hematócrito, grupo sanguíneo e fator RH, teste de Coombs, exame sumário de urina, exame parasitológico de fezes e bacterioscopia do conteúdo vaginal. Todas as 24 (100%) gestantes estão em dia com a vacina antitetânica e contra hepatite conforme protocolo e com a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Das 24 gestantes acompanhadas apenas 7 (29%) tiveram realizado pelo menos um exame ginecológico por trimestre e 14 (58%) tiveram avaliação de saúde bucal. Salientamos que todas as 24 gestantes acompanhadas passaram por orientação sobre o aleitamento materno exclusivo.

Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações no cuidado às gestantes: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção da saúde bucal, não se fazem diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental nem promoção da saúde mental porque não temos psicólogo no município. Os profissionais de saúde da UBS utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, para o encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar. Os atendimentos das gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, na

ficha de atendimento odontológico, na ficha de espelho das vacinas. Existe um arquivo específico para o registro do atendimento às gestantes, os profissionais de saúde solicitam a carteira/o cartão de pré-natal nos atendimentos, e o mesmo é preenchido com as informações atuais da gestante, conversam com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável, sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e as drogas na gravidez, sobre anticoncepção no pós-parto, chamam atenção para a data da próxima vacina, recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal. Na minha UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-natal e sim à avaliação e monitoramento deste programa, que realizam reuniões mensais, esta avaliação é feita pelo SIAB, SINASC, registros específicos do pré-natal e prontuário.

Quanto à atenção ao puerpério, segundo o CAP estimava-se que nos últimos 12 meses teríamos 49 partos, porém segundo dados levantados na UBS tivemos 42 (86%) mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Todas as 42 (100%) consultaram antes dos 42 dias do pós-parto, tiveram sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e sobre aleitamento materno exclusivo e tiveram orientação sobre planejamento familiar. Todas as 42 (100%) mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado e realizaram exame ginecológico. Nenhuma delas tiveram seu estado psíquico avaliado e 5 (12%) foram avaliadas quanto às intercorrências no puerpério. Sabemos que o puerpério apesar de ser um período de ocorrências fisiológicas, também poderá nessa fase ocorrer possíveis complicações. Essas, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis. Por isso na consulta clínica à puérpera devemos avaliar o sistema urinário observando, por exemplo, a capacidade de micção espontânea, no sistema digestivos condições de eliminações intestinais, involução uterina, aparência do períneo em caso de episiotomia ou laceração, cicatriz cirúrgica em caso de parto cesáreo, característica da loquiação, condições da mama para a amamentação, bem com as condições psicológicas da puérpera.

A avaliação do acompanhamento no puerpério aqui em nosso município não é deficiente, mas poderia ser muito melhor, pois geralmente durante esta fase de puerpério poderíamos fazer a captação neste grupo populacional, aproveitando quando a mãe leva o recém-nascido para fazer a primeira consulta de puericultura ou o teste do Pezinho, pois após isto é muito difícil que a puérpera volte à UBS antes dos 40 dias pós-parto. A puérpera só retorna à UBS em situação de intercorrências. As ações de Planejamento familiar dependem do esforço de todos os profissionais da saúde, e do apoio dos agentes comunitários de saúde para poder fazer um controle adequado nessa etapa da saúde da mulher.

Poderíamos sem dúvida nenhuma, com a ajuda da gestão municipal, melhorar a qualidade da atenção pré-natal e ao puerpério no município Santa Rosa do Purus porque os profissionais estão disponíveis e prontos para levar para frente o trabalho, só precisamos de um maior comprometimento da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal na disponibilização de recursos como reagentes para a realização de exames complementares e estabelecer um planejamento de interconsultas com especialista da capital para que pelos menos uma vez por mês venham ao município e nossas gestantes sejam avaliadas pelo ginecologista, o psicólogo, nutricionista o que é um direito de nossas usuárias e uma obrigação da gestão.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Na UBS são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino.

Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 537 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 512 mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Nos indicadores de qualidade estamos com 497 (96%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 22 (4,29%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, considerando as que

não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame citopatológico em dia. Temos 28 (5,46%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, que estão sendo acompanhadas na UBS e em serviço especializado.

Devemos salientar que temos registrado que as 497 (96%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatórias e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. As 497 (96%) mulheres entre 25 e 64 acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do câncer (CA) de colo de útero infecção pelo papiloma vírus humana (HPV), tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 497 (96%) foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco acima mencionados. Também as 497 (96%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero foram orientadas especificamente quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Realiza-se a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico todos os dias da semana. Essa coleta de exame citopatológico é feita pelo médico geral e pelo enfermeiro. Realiza-se rastreamento oportunístico e organizado do câncer de colo de útero. Adotamos como protocolo de prevenção do câncer de colo uterino e de mama o Caderno de Atenção Básica número 13 do Ministério da saúde publicado em 2013. Os profissionais de saúde da UBS investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Não existe nenhum arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, algo que seria de muita utilidade para dar um melhor seguimento e controle dessas usuárias com resultado alterado. Também temos problemas com recepção dos resultados dos exames que muitas vezes chegam atrasados porque aqui não temos laboratório para a análise das amostras citopatológicas e às vezes tardam até três

meses ou mais para as mulheres receberem os resultados, o que interfere com a qualidade e a eficiência do programa.

O programa de prevenção do câncer da mama no município não é eficiente, pois as condições de acesso da população à atenção oncológica e aos serviços de exames como ultrassonografia de mama e mamografia são um problema que dificulta o cumprimento do programa. Nossas usuárias somente tem acesso a estes serviços quando durante o exame físico é detectado algum tipo de alteração e se faz o encaminhamento para à capital do estado para a realização do mesmo, o qual demora muito para ser agendado. Na UBS são realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. São realizadas ações de rastreamento do câncer de mama mediante exame clínico de mama, todos os dias da semana e essas ações de rastreamento do câncer de mama são realizados pela médica e enfermeiro da UBS. O rastreamento do câncer de mama feito na UBS é oportunístico.

Analizando os indicadores do CAP vemos que nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 97 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS. Dessas mulheres os indicadores de qualidade demonstram que apenas 12 (12%) estão com Mamografia em dia. Das 97 mulheres dessa faixa etária acompanhadas 85(88%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso. Temos que 97(100%) das mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento. As solicitações das mamografias e os resultados são registrados no prontuário clínico. Não existe nenhum arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia.

Segundo Brasil (2013 b. p 28) "A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce".

Sabemos que para o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica. O diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, problemas renais, entre outros.

Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, ações de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e sobre os malefícios do tabagismo para os portadores de HAS e/ou DM. São desenvolvidas ações de imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de problemas clínicos em geral, de obesidade, de problemas de saúde mental, de sedentarismo, de tabagismo em usuários com HAS e/ou DM.

Na ação programática de atenção ao hipertenso e diabético temos implantado e implementado o Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso. Na análise do CAP vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 1378 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 434 hipertensos com 20 anos ou mais e 124 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Temos, segundo os nossos registros 101(23,2%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS.

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que 65(64%) hipertensos acompanhados na UBS tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, usando o escore de Framingham. Temos 28(28%) que estão com os exames complementares periódicos em dia, 36 (36%) hipertensos estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Os 101(100%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Outro indicador de qualidade que chama a atenção é o de que 58(57%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Segundo o CAP temos estimados 124 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanha atualmente 26(20,9%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Analisando os indicadores de qualidade vemos que 18 (69%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 10 (38%) com exames complementares periódicos em dia e 18(69%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, e 18(69%) com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento a diabético na UBS, 8(31%) diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Também não nos descuidamos das orientações aos 26(100%) diabéticos acerca prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos 26 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS apenas 18(69%) estão com a avaliação em saúde bucal em dia.

A cobertura às pessoas com HAS e/ou DM na UBS é baixa e também temos muitos indicadores de qualidade que precisam ser melhorados, para assim oferecermos um melhor serviço às pessoas da área de abrangência da UBS.

Realizamos atendimento de adultos portadores de HAS e DM, todos os dias da semana e em todos os horários de atendimento da UBS, pelo enfermeiro e médica geral. Após a consulta o adulto com HAS e DM já sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Buscamos realizar a estratificação de risco cardiovascular, mas não temos acesso fácil aos exames complementares preconizados devido à falta de laboratório no município e o difícil deslocamento dos usuários até unidades com recursos para a realização desses exames. Isto interfere com a qualidade da atenção ofertada pela equipe de saúde da família em nosso município. Utilizamos os protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS e DM a outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamento para atendimento nas especialidades e encaminhamento para internação hospitalar.

Os atendimentos dos adultos com HAS e DM são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico, na ficha-espelho de vacinas. Não temos arquivo para os registros dos atendimentos dos

adultos com HAS e DM. Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM, mas não a avaliação e monitoramento dessas ações. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM, todas as sextas feiras onde se oferece um café da manhã, aferimos a pressão arterial dos usuários, e medimos glicemia capilar em jejum. Também realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde, palestras, jogos, entre outras atividades de educação em saúde para esse grupo. Pretendemos implementar as ações no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético na UBS para melhorarmos os indicadores de qualidade da atenção às pessoas com HAS e DM, e cadastrar os usuários que ainda não estão identificados como hipertensos e diabéticos. A qualidade desse atendimento não depende somente do trabalho do médico e dos outros profissionais da atenção primária de saúde que devem interagir direta ou indiretamente com o usuário na comunidade. Precisamos além do esforço da equipe o apoio dos gestores para a realização dos exames complementares e para nos casos necessários garantirmos o acesso dos usuários ao atendimento da atenção secundária e terciária por serviços especializados. Sabemos que a programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com HA e DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral, incluindo o apoio para Mudança de Estilo de Vida (MEV), o controle metabólico e pressórico, e a prevenção das complicações crônicas.

Em nossa UBS realizamos ações de atenção ao programa de saúde do idoso. Segundo Brasil (2010. P70) “O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade”. A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. (BRASIL, 2010. P12).

Em nossa UBS com o objetivo de elevar a esperança de vida de nossa população buscamos realizar ações de atenção em saúde da pessoa idosa com cuidado e atenção, porém ainda com muitas limitações. São realizados atendimentos todos os dias da semana e nos dois turnos de atendimento.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 158 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, e já temos 91(57,5%) idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Nenhum desses usuários tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Isto precisa ser conversado visto que é importante sim o uso da caderneta do Idoso, pois a mesma é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do idoso na mesma, permite a longitudinalidade do cuidado.

Temos os 91 (100%)idosos com 60 anos ou mais acompanhados na UBS com avaliações multidimensional rápida e com avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice realizados durante as consultas clínicas. Os profissionais de saúde da UBS avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico e explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Temos os 91 (100%) idosos com acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados temos que 38(42%) são hipertensos e 9 (10%) são diabéticos. Todos nossos usuários idosos recebem orientação para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Pelo menos uma vez ao mês é realizado um encontro com as pessoas idosas da área. Em algumas vezes é realizado no ginásio do município e em outras na Academia da Saúde. Nesses encontros a gestão oferece meios de transporte e/ou auxílio de deslocamento até o lugar onde vai ser realizado o encontro para assim possibilitar um maior índice de participação.

Temos que 34(37%) dos idosos estão com suas avaliações de saúde bucal em dia. Vemos que poucos compareceram ao consultório odontológico para algum tipo de avaliação, isso talvez se explique pelo alto índice de usuários edêntulos nessa faixa etária associado à crença que paciente edêntulos não necessita de

atendimento odontológico. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de idosos uma vez por mês. Realizamos consultas domiciliares quando necessário.

Na UBS não existe uma alta demanda de atendimentos por situações de saúde agudas em pessoas idosas, mas quando chegam são atendidos prioritariamente. Atualizam-se os esquemas de imunização deles e se faz atendimentos no domicílio quando isto for necessário. Estão identificados em nossa área os usuários idosos que requerem de uma atenção especial e até mesmo atendimentos domiciliares porque a sua idade a situação de saúde merecem um pouco mais de atenção. Esses usuários são acompanhados pelos ACS e pelos assistentes sociais e pelo menos uma vez ao mês recebem uma visita do médico. Os ACS e as duas assistentes sociais tem orientado que uma vez identificado algum problema de saúde seja física ou mental na população idosa, deve ser informado ao médico e enfermeiro da unidade e fazer a programação da visita ao lar. Se for preciso um atendimento de urgência no domicílio sempre é feito na hora.

Para melhorar o atendimento dos idosos precisamos aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos. O que mais importa é continuar trabalhando com muito amor mais do qual é oferecido e compreensão, para as pessoas da terceira idade.

Na minha UBS são realizados procedimentos de atendimento odontológico e há muita demanda para esse tipo de atendimento. O atendimento à saúde bucal se encontra deficiente porque não temos um odontólogo em tempo integral na unidade (só num turno de trabalho) e as consultas são previamente agendadas.

Pelo CAP, vimos que não obtivemos dados para avaliarmos qual a média é de procedimentos clínicos por habitante / mês na UBS. Este dado seria interessante, pois se conseguirmos a realização de pelo menos um procedimento por consulta reduziríamos custos e o número de consultas necessárias para concluir os tratamentos. De acordo com a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica programática temos que no período avaliado que foi do dia primeiro ao 31 de julho de 2015 tivemos 110 pessoas atendidas que estavam com a primeira consulta programática realizada e que desse grupo a principal demanda atendida é a de população de 12 a 45 anos (exceto gestantes), seguida de Escolares (5 a 14 anos) e

depois dos Idosos. Vimos, porém que apenas 30 pessoas estavam com Tratamento Inicial Completado.

Outra situação que fora demonstrada é que há uma demanda considerável de atendimento de pessoas com atendimento não programado onde fora registrado o atendimento de 55 pessoas. Certamente estes são atendimentos de urgência, se consideramos os dados dos "Atendimentos não programados". No que tange à primeira consulta odontológica programática nos grupos populacionais prioritários, sem dúvidas é melhor que ocorram mais atendimentos programados do que de "atendimentos não programados", e vemos que precisamos conversar e traçarmos estratégias de agendamento de forma que o usuário tenha a sua consulta previamente agendada e possam concluir os tratamentos estipulados pelo diagnóstico traçado pelo profissional.

Ao concluir a Análise Situacional vemos que temos muito trabalho a fazer daqui pra frente, mas temos que reconhecer que estamos mais organizados agora que no começo da Análise situacional e que o trabalho feito até agora está dando frutos, o que se traduz no reconhecimento da população para com nosso esforço, que é a satisfação maior que pode ter o profissional da saúde. Tenho muita sorte de ter uma equipe que sabe escutar e está aberta às mudanças e para pôr em prática ações que, por experiência própria, tem tido resultados na melhoria da saúde da população e que para eles são novas. No entanto, existe a vontade de trabalhar muito e bem, para melhorar a saúde da comunidade. Tudo o que estiver sob nossa governabilidade para melhorar a saúde da população, nossa equipe fará, a fim de pôr em prática, novas propostas que contribuam a oferecer uma atenção de excelência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quando fazemos a comparação entre o texto da situação de ESF/APS da unidade de Ambientação e a Análise Situacional é apreciável a existência de pontos de convergência entre eles, fundamentalmente aqueles referentes à estrutura da unidade, composição da equipe, serviços prestados à comunidade e as atribuições individuais dos profissionais, todos eles segundo os parâmetros que exige o

Ministério de Saúde. A diferença consiste em que o texto inicial trouxe uma idéia geral da nossa unidade, enquanto a Análise situacional fornece uma visão muito mais ampla, detalhando aspectos populacionais, descrevendo o comportamento dos atendimentos de grupos específicos como crianças, gestantes, puérperas, idosos, hipertensos, diabéticos, etc.; referenciando os serviços oferecidos na unidade e em consideração ao Caderno de Ações Programáticas se faz uma reflexão sobre o processo de trabalho até esse momento através da avaliação de indicadores da cobertura e da qualidade, determinando que aspectos pudessem ser melhorados em benefício da saúde da comunidade e que ações poderiam ser desenvolvidas com a finalidade de conseguir mudanças nos hábitos e costumes da população ganhando em qualidade de vida por meio de um atendimento de excelência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013 bp. 19) a Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM), doença bastante prevalente no mundo, acomete parte importante da população brasileira, sendo seu rastreamento importante para iniciar tratamento adequado o mais rapidamente possível, evitando assim as complicações e os custos destas para a sociedade. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL, 2013c p 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”. Segundo Brasil (2013 c. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

A UBS Paulo Alcione Márquez em Santa Rosa do Purus-AC atende uma população de 2468 usuários, em sua maioria indígena das etnias Kaxinawá, Kulina, Jaminawa e Hunikui. Na análise do Caderno de Ações Programáticas vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 1378 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 434 hipertensos com 20 anos e 124 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Temos, segundo os nossos registros 101(23,2%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área

acompanhados na UBS e, atualmente 26(20,9%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Avaliando o desenvolvimento da ação de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, a equipe constatou que o atendimento ora disponibilizado, precisa ser melhorado e definimos essa ação programática como prioridade, principalmente consideramos a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Depois que analisamos os indicadores de cobertura e de qualidade vimos que precisamos aumentar a cobertura e a qualidade da atenção ao paciente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em nossa UBS.

A equipe vem realizando ações que contribuem à implementação dessa ação programática, e à medida na qual sejam feitas as atividades e ações seguidas pelo Projeto de Intervenção, certamente, as ações vão permitir o interesse desses usuários para aderir à intervenção e aos cuidados e prescrições estabelecidas pela equipe e isto certamente aumentará o vínculo da comunidade com a equipe. As principais dificuldades que teremos se relaciona à quantidade insuficiente de materiais e insumos, falta de laboratório clínico no município e de um serviço de odontologia suficiente para dar atenção a toda nossa população alvo, porém mesmo com todas estas dificuldades vamos levar a frente nosso projeto de intervenção e temos a certeza que após a finalização deste projeto muitos dos fatores que hoje afetam a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos em nosso município vão ser melhorados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Paulo Alcione Márquez, no Município de Santa Rosa do Purus-AC para qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de 2.468 pessoas. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

→ **No eixo de Monitoramento e Avaliação**

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa será acompanhado semanalmente através dos atendimentos, conferências de prontuário e ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe.

→ **No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento:

Para garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa vamos trabalhar com as Fichas Espelhos que foram fornecidas pela Ufpel e com o registro no prontuário clínico. A Ficha Espelho será preenchida para cada usuário nas consultas clínicas realizadas pela médica e pelo enfermeiro da equipe desde a consulta inicial de cadastro e para as demais consultas de acompanhamento.

Para melhorar o acolhimento faremos capacitação de toda a equipe bem como organizaremos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que busquem a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) sejam recebidos e devidamente direcionados.

Buscaremos realizar a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vierem à UBS para consulta clínica ou não.

Vamos garantir material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicosímetro na UBS junto ao gestor, onde o enfermeiro ficará responsável de monitorar a qualidade e quantidade dos insumos e equipamentos necessários, revisando-os semanalmente.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Essas ações serão realizadas através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade por todos os membros da equipe.

A orientação da população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS será feito boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares e também serão divulgados nas igrejas e centros comunitários e solicitados às lideranças comunitárias que ajudem nessa tarefa. Cartazes em folha A4 serão fixados nos comércios, igrejas, órgãos públicos e locais de grande circulação da população.

Realizaremos orientação à comunidade através de atividades de educação em saúde sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento da DM e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Buscaremos capacitar o ACS para a revisão dos dados do SIAB acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

Realizaremos a capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação para a realização do Hemoglicoteste enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado).

As reuniões de capacitação serão realizadas nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanas de intervenção e se necessário se estenderá a mais semanas. As capacitações serão realizadas pela médica e/ou enfermeiro da equipe, na sala de administração.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

Detalhamento:

Para monitorarmos a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção, semanalmente, a médica e o enfermeiro farão a verificação dos registros nos prontuários clínicos, conferências da Ficha Espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD) fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento:

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados e deixaremos bem claro sobre o que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo enfermeiro e pela médica.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes.

Detalhamento:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca do exame clínico apropriado. Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre a médica e o enfermeiro da equipe, onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros

referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

Ainda na primeira semana da intervenção a médica e o enfermeiro farão uma capacitação dos demais membros da equipe sobre a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. As capacitações ocorrerão nasala de administração da unidade.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento:

O monitoramento da realização de exame dos pés de todos os usuários diabéticos que assistem a consulta será feito pela médica e/ou enfermeiro da equipe e acompanhado semanalmente através da revisão da ficha espelho e complementar junto com o livro de registro desses usuários.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento:

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a realização do exame dos pés nas pessoas com DM será realizada pela médica e/ou enfermeiro durante o exame clínico. Apesar da

avaliação dos pés ser realizadas pela médica e enfermeiro discutiremos com toda a equipe acerca da avaliação e cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus segundo o que preconiza o Capítulo 5 do caderno 36 da Atenção Básica, que adotaremos como protocolo.

Vamos requisitar ao gestor, através de Ofício o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé do usuário com diabetes, bem como os outros equipamentos que nos auxiliarão no exame dos pés.

Junto à gestão buscaremos organizar o Fluxo de referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consultas com especialistas e/ou exames especializados.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

Durante as consultas clínicas a médica e o enfermeiro orientarão às pessoas com DM para prevenção de ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequada dos membros inferiores, é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento:

Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre a médica e o enfermeiro da equipe onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame do pé da pessoa com diabetes. Discutiremos especialmente, sobre o que orienta o Caderno 36 no Capítulo 5 (Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica).

Estas informações também serão repassadas aos demais membros da equipe nas capacitações que se realizarão nas duas primeiras semanas da intervenção, pela médica e o enfermeiro, na sala de administração da Unidade.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

→ No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O monitoramento será semanal mediante avaliação das Fichas Espelho. Será realizado pela médica e pelo enfermeiro da equipe. Neste monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Nas consultas clínica, os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na Ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e nos diálogos com os usuários durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados, podendo evitar transtornos futuros com a saúde, e esclarecendo a todos sobre os riscos que correm quando não realizados esses exames para um melhor acompanhamento.

Deixar claro que é muito importante realizar os exames conforme a periodicidade estabelecida (a cada três meses) para que a Ficha Espelho e o cartão do usuário estejam sempre atualizados.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ação:**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

Nas duas primeiras semanas de intervenção, nas atividades de capacitação com a equipe estaremos discutindo os protocolos adotados no tocante à solicitação de exames complementares preconizados. Esta atividade será realizada pela médica e/ou enfermeiro da equipe, na sala de administração.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Sempre que o usuário chegar para as consultas clínica, a médica e o enfermeiro solicitarão a Caderneta do Hipertenso e Diabético para a verificação dos medicamentos prescritos e verificar se o mesmo teve acesso aos medicamentos prescritos na Farmácia da UBS.

Isto também será realizado através do monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia pela médica e/ou enfermeiro e/ou a técnica de farmácia da equipe semanalmente através da revisão da ficha de entrega de medicamentos e do controle de estoque de medicamentos.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento:

A cada quinze dias serão realizados pela Técnica de Enfermagem e/ou enfermeiro e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento. Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

Quando nas consultas surgir à necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ação:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativas na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

A profissional médica que é a prescritora de medicamentos deverá buscar atualizar-se através da lista RENAME mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da Hipertensão e Diabetes.

A médica e o enfermeiro capacitarão os demais membros da equipe para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo. Esta atividade será desenvolvida, na sala de administração.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O monitoramento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico será feito semanalmente pela médica e/ou enfermeiro da equipe. Nas consultas clínicas as mesmas irão interrogar aos usuários se tem problemas dentários, há quanto tempo não recorre ao odontólogo para fazer uma avaliação da saúde bucal e sugerir que recorram ao atendimento odontológico para uma averiguação.

Também realizarão o exame clínico da cavidade oral para detectar problemas que tenham necessidades de encaminhamento urgente para o odontólogo.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico. Por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento a médica e o enfermeiro vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Buscaremos dialogar com a gestão e com a equipe de odontologia uma “agenda compartilhada” e estratégias que viabilizem uma organização de agenda para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Com isto buscaremos ter disponíveis, no

mínimo uma vaga diária para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão e Diabetes. A cada consulta clínica o profissional médico e enfermeiro quando diante da anamnese e exame físico detectemos problemas bucais em nossos usuários encaminhá-lo-emos ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação. Buscaremos com a equipe de odontologia ter um retorno de informações acerca dos usuários que encaminhamos para a assistência odontológica, se foram ou não atendidos e se fora realizado algum procedimento. Estes dados registrarão na Ficha Espelho, para um melhor acompanhamento.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe e buscaremos principalmente incentivar o odontólogo a realizar atividades de educação em saúde sobre hábitos de higiene bucal e principais problemas odontológicos detectados na comunidade.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Organizaremos com o odontólogo uma data, nas duas primeiras semanas de intervenção para que ele possa capacitar a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Também a médica e enfermeiro capacitarão a equipe sobre como repassar informações à comunidade sobre os cuidados para a obtenção de saúde bucal. Essas atividades serão realizadas nas duas primeiras semanas de intervenção nas reuniões da equipe, na sala de administração.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

O Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela médica e/ou enfermeiro da equipe semanalmente através da revisão da ficha espelho e junto com o livro de registro desses usuários.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Semanalmente o enfermeiro e os técnicos em enfermagem juntamente com a médica farão um relatório dos usuários faltosos. Inicialmente solicitarão ao ACS de cada microrregião para buscar os faltosos e orientá-los para retornar à UBS e realizar os acompanhamentos. Se mesmo assim o usuário não retornar à UBS, toda a equipe de saúde (médica, ACS, enfermeira e técnicos em enfermagem) em visitas domiciliares buscarão orientar e convencer aos usuários para recorrer à UBS para atualizar a consultas e manter sempre as mesmas em dia.

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ação:**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeiro, capacitarão aos ACS para que sempre que realizar as visitas domiciliares pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para verificar as datas das consultas marcadas e estar sempre orientando-os para não faltarem à consulta previamente agendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

Para monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS será analisado o livro de registro de hipertensos e/ou diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha espelho revisada de forma mensal pela médica e/ou enfermeiro da equipe.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Os ACS terão a responsabilidade de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente na atualização e coleta de dados nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

A Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo B) que adotaremos.

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

Criaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença para isto vamos afixar adesivos de cores diferentes nas Fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ação:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Todos os integrantes da equipe, através de palestras e diálogos na própria consulta, orientarão às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode está solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e/ou diabética.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeiro da equipe vão capacitar aos técnicos em enfermagem e recepcionista para o registro adequado das informações de identificação do usuário na Ficha espelho (nome, endereço, entre outras informações).

A médica e enfermeiro se capacitarão para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O monitoramento da estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e/ou hipertensos será revisado pela médica e enfermeiro que a cada consulta verificará na ficha espelho para verificar se o usuário já fez pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Organizaremos na agenda da médica e do enfermeiro horários para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas diagnosticadas como de alto risco durante a avaliação do escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Estas pessoas terão um acompanhamento mais regular de acordo com a adesão ou não ao tratamento estabelecido.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Nas atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade buscaremos esclarecer às pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre o seu nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular das consultas.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeiro da equipe, na primeira semana de intervenção, discutirão e estudarão o Protocolo adotado para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo. Também estabelecerão um Fluxo para que não deixem de registrar todas as informações na ficha espelho e prontuários. Esta Ficha deverá ser alimentada a cada consulta de cadastro e acompanhamento do usuário.

Na capacitação com toda a equipe serão apresentadas aos demais as estratégias utilizadas para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizada pela médica.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeiro, semanalmente, verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos, durante o atendimento clínicos e estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

A equipe se organizará para realizar atividades coletivas sobre o tema “alimentação saudável”. Convidaremos os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações da nutricionista de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades em locais da comunidade ou na nossa UBS.

A médica e/ou enfermeiro da equipe buscarão junto ao gestor estratégias para conseguir parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Organizaremos atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações nutricionais de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Estas ações educativas serão realizadas através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeiro irão capacitar a equipe para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se alimentar bem de forma saudável e também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminam para familiares, amigos e toda a comunidade.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Incentivaremos a criação de grupo de caminhada e/ou de atividades físicas a serem realizadas na Academia de Saúde ou no ginásio do município pelo menos quinzenalmente.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

No decorrer das consultas clínicas e através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

Organizaremos junto à gestão a disponibilidade de um educador físico para orientar sobre as atividades de educação em saúde para a comunidade, que orientará sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Para capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular buscaremos junto ao Gestor implementarmos parcerias institucionais, principalmente para envolver educador físico nestas atividades. Se não for possível esta capacitação será realizada pela médica e enfermeiro da equipe.

Buscaremos envolver toda a equipe de saúde na capacitação com o educador físico (se for disponibilizado) para que possamos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento:

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabéticas tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a Ficha Espelho fornecida pelo Curso ainda que nela não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria Ficha Espelho.

A cada semana, a médica e enfermeiro e técnicos irão verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Disponibilizaremos no mínimo 10 minutos de consultas para cada usuário (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Estaremos orientando às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da higiene bucal através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas, sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Convidaremos o odontólogo para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos estar orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensãofaltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão. .

Indicador 6.3 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabete Mellitus vamos adotar o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha Espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos incentivaremos os ACS a manterem as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente nas visitas domiciliares. Também mensalmente,

repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

Utilizaremos a Ficha Espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos disponibilizados pela Ufpel(Anexo A). Como nesta Ficha não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos adicionar um local para a coleta desse dado.

Pretendemos durante a intervenção cadastrar 375 dos hipertensos e 93diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade de Saúde e Diabéticos e 100% nas metas dos indicadores de qualidades para as duas doenças.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 468fichas espelho necessária. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. Os profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e, ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, com medida da sensibilidade dos pés.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca de faltosos.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por ACS.

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela médica e enfermeiro semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Nisto será monitorado a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o Livro de Registros onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os usuários maior de 18 anos que frequentem a UBS.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registro da ficha-B hipertensos e diabéticos pelo ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

O monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabético e hipertenso, será revisado pela médica nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve estar realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente o enfermeiro e a médica examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise chamada Planilha de Coleta de Dados (Anexo B e Anexo C) e o monitoramento dos dados serão realizados semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo começaremos com a capacitação sobre o Protocolo de Hipertensão e Diabetes pelo Ministério da Saúde (o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013) para que toda a equipe utilize igual referencias com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. No início da Intervenção buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da UBS.

No eixo de Organização e Gestão do serviço inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

Para efeito de levantamento de dados e atualização do número de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe utilizaremos os dados dos ACS fornecidos pela Ficha A do SIAB.

Com o apoio dos ACS buscaremos cruzar as informações do SIAB com os dados levantados na UBS para sabermos a real cobertura da equipe nesta ação programática.

Para garantir o registro dos hipertensos/diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada de segunda a sexta feira.

Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeiro na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado por toda a equipe. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias. Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Para garantirmos a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e ou diabetes, estratificação de risco cardiovascular precisa ser providenciada balança, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro, o monofilamento 10g para exame dos pés. Isto deverá ser assegurado junto à gestão.

Devemos assegurar também com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Devemos organizar as agendas da médica e enfermeiro e odontólogo para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas bem como das provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação da médica e do enfermeiro da equipe.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com a médica e enfermeiro a agenda para acolher esses usuários.

No Eixo de Engajamento Público, é de vital importância para a realização de todas as ações da Intervenção, envolver a comunidade, começando pela família, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS. Para sensibilizar a comunidade, serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento dessas doenças. Orientar os hipertensos e diabéticos e a comunidades quanto a riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Buscaremos sensibilizar aos usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Realizaremos atividades de educação em saúde no âmbito da UBS com Grupos de Hipertensos e Diabéticos e na comunidade sobre temas relacionados com Hipertensão e Diabetes. Estas atividades se realizarão por meio de palestras, conversas, grupos, donde serão responsável a médica e o enfermeiro, porém com o apoio de toda a equipe.

Para realizar qualquer projeto de intervenção em saúde na comunidade é preciso dar protagonismo à mesma, o comprometimento da comunidade com as ações vão trazer resultados positivos já que a ESF não vai conseguir as mudanças

dos hábitos e costumes na população se a mesma não está convencida da importância disso para a saúde individual e coletiva. A participação comunitária propiciará uma maior e melhor implementação do projeto, o apoio nas diferentes ações como; por exemplo, a procura ativa de faltosos às consultas, identificação dos usuários que precisam de cuidados específicos e atenção diferenciada, participação nas ações de promoção e prevenção de saúde, vão a facilitar o trabalho da equipe e contribuirá a conseguir os resultados esperados ao final do projeto.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. Iniciamos a Intervenção em 16 de setembro e finalizamos em 10 de dezembro de 2015.

As ações previstas no projeto da intervenção a serem desenvolvidas foram realizadas seguindo o cronograma e desenvolvidas como foi planejado. No eixo de organização e gestão dos serviços foi realizada a reunião com a gestão para apresentar a intervenção e para viabilizar o apoio para a logística da intervenção (materiais, insumos, equipamentos). Contamos com o apoio da gestão para garantir os materiais necessários assim como insumos. A dificuldade apresentada é que não temos esfigmomanômetro para obesos nem monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé dos usuários com diabetes no município, mas isso não afetou o desenvolvimento da intervenção.

Foi organizada a agenda compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo. As consultas programadas para os usuários com Diabetes e Hipertensão foram realizadas de segunda a sexta-feira no horário da tarde pela médica e enfermeiro da equipe. A cada consulta clínica quando diante da anamnese e exame físico detectávamos problemas bucais em nossos usuários os encaminhávamos ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação, para isto tínhamos disponíveis, no mínimo uma vaga diária para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Outra ação foi a reunião com a equipe para apresentar o Projeto de Intervenção e definir o papel de todos os profissionais na ação programática.

Os atendimentos clínicos foram realizados a cada semana. Conseguimos realizar os exames clínicos a 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados assim como o exame dos pés de 100% dos usuários com DM, com a realização da palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Seguimos o que fora estabelecido no Protocolo e as consultas clínicas qualificadas nos trouxeram excelentes resultados.

Quanto aos faltosos à consulta previamente agendada, todos os faltosos foram buscados pelos ACS. Para isto criamos um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, fixando adesivos de cores amarelos e vermelhos nas Fichas Espelho de forma que a equipe pudesse identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tinham pendências no acompanhamento. Além disso, tivemos um incremento gradual daqueles usuários que buscaram espontaneamente a UBS, o que significa um reconhecimento ao trabalho que nós estamos fazendo para a melhoria na qualidade de vida e da expectativa de vida dos usuários com HAS e DM. Tudo isso fala a favor do comprometimento da gestão, dos membros da ESF e da comunidade.

Para melhorar o acolhimento fizemos capacitação de toda a equipe e organizamos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que buscavam a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) foram recebidos e devidamente direcionados.

Outra ação desenvolvida foi o rastreamento para a detecção de hipertensos e diabéticos, para o qual foi aferida a pressão arterial de todas as pessoas maiores de 18 anos que assistiram a consultas na UBS assim como nas visitas domiciliares para cadastrar casos novos e a realização de hemoglicoteste das pessoas com valores de pressão arterial maior ou igual 135/80 mmHg e fatores de probabilidade de serem diabéticos.

O cadastramento de diabéticos e hipertensos moradores da área de abrangência no Programa de Hipertensão e Diabetes na UBS foi feito durante todas as semanas. O atendimento clínico dos diabéticos e hipertensos cadastrados, (com atualização dos prontuários) e da ficha espelho foi feito no momento da consulta.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica realizamos as capacitações dos profissionais de saúde da equipe, baseado no Protocolo sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica adotado. Capacitamo-nos para o uso dos impressos e registro das ações e a capacitação dos ACS para a busca ativa de casos novos. Essas ações foram feitas como estavam planejadas contamos com a participação da totalidade da equipe, não tendo nenhuma dificuldade. Tivemos disponíveis os manuais e outros documentos necessários. A equipe se mostrou interessada, fazendo perguntas, esclarecendo dúvidas e, sobretudo, motivada pelo projeto. Cada membro da equipe sabia seu papel em relação às ações programáticas correspondentes a serem desenvolvidas o qual foi aceito sem dificuldade pelos membros da equipe já que desde que começamos a dar forma ao projeto fizemos uma pré-distribuição das tarefas com o objetivo de criar as condições necessárias para não apresentar problemas durante a implementação do mesmo.

No eixo de engajamento público estava como parte do cronograma o planejamento de encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde dos hipertensos e diabéticos. Foram convocados líderes da comunidade, entre os quais estavam o pastor da Igreja Evangélica, dois líderes formais da comunidade e dois líderes informais da comunidade. Todos se comprometeram a apoiar o nosso trabalho achando muito importante este projeto para o melhoramento da saúde dos usuários com HAS e DM.

Quanto às atividades educativas de promoção e prevenção de saúde, a equipe fez a proposta de desenvolver temas na sala de espera com os usuários que assistem a consulta. Esta idéia foi posta em prática na primeira semana com resultados alentadores que foram cada vez melhores no transcurso das semanas seguintes. As pessoas presentes e os usuários com hipertensão e diabetes ficavam cada vez mais interessadas quando explicávamos o projeto e comprometeram-se (os hipertensos e diabéticos) a não faltar às próximas consultas.

Indiretamente ou diretamente as pessoas que assistiam as atividades de “sala de espera” também ajudaram a divulgar o trabalho que estamos fazendo ao comentar para outros usuários. Nestas palestras falamos da importância de assistir as consultas, dos fatores de riscos da hipertensão e do diabetes, da importância de cumprir com o tratamento para evitar complicações, demos orientação nutricional, orientação de atividade física, de higiene bucal, dos riscos do tabagismo, etc.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas no projeto para serem desenvolvidas e que não foram desenvolvidas foram relacionadas ao acesso dos usuários aos exames laboratoriais dos usuários hipertensos e diabéticos. Embora esta ação não esteja compreendida dentro do cronograma, mas faz parte dos indicadores de qualidade que são avaliados no projeto e infelizmente não conseguimos ofertar os exames solicitados a muitos dos hipertensos e diabéticos cadastrados porque em nosso município não contamos com um laboratório clínico. Tínhamos conseguido realizar a coletas e exames laboratoriais solicitados a 5 usuários por dia para a população dos grupos prioritários (grávidas, hipertensos, diabéticos e idosos), em parceria com o bioquímico do quartel do exército, mas como ele não recebeu o pagamento pelos serviços prestados, ele decidiu que não ia continuar fazendo os exames laboratoriais na Unidade Básica de Saúde até receber o pagamento. Nossa equipe se reuniu com a gestão e não recebemos nenhuma resposta, falaram que no início do ano 2016 iam dar uma solução nesse problema.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e fechamento das planilhas de coletas de dados e quanto ao cálculo dos indicadores, o princípio apresentamos alguns problemas que foram corrigidos graças à ajuda da orientadora (Stelita Pacheco Dourado Neta).

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Temos incorporado as ações previstas no projeto à rotina diária do serviço, dentro delas estão a capacitação da equipe que é um ponto fixo em cada reunião semanal, as palestras diárias como atividades educativas as quais são assistidas

não somente pelos usuários com HAS e DM, também por todos os usuários que estão na sala de espera.

Resumindo, as ações planejadas e as atividades desenvolvidas foram implementadas em bom ritmo, todas elas foram feitas com sucesso. O trabalho de todos os membros da ESF condicionou o êxito das atividades o que é bem sucedido pelo comprometimento da equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. Iniciamos a Intervenção em 16 de setembro e finalizamos em 10 de dezembro de 2015.

Na área adstrita à UBS existem 2.468 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 1378 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 434 hipertensos com 20 anos e 124 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 101(23,2 %) usuários com Hipertensão Arterial e 26(20,9 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Por corresponder melhor com a nossa realidade, trabalhamos com a estimativa gerada pela Planilha de Coleta de Dados que utilizamos para avaliar os resultados das metas e indicadores. Segundo a PCD teríamos na área de abrangência da UBS teríamos 375 hipertensos com 20 anos e 93 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 100% dos hipertensos da área adstrita da UBS do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Trabalhamos com a busca de 375 hipertensos e de acordo com a Figura 5 conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 42,1%. No primeiro mês foram cadastrados 81(21,6%) pessoas maiores de 20 anos com hipertensão, no segundo mês 127(33,9%) e no terceiro mês 158 (42,1%).

Quando começamos a intervenção a equipe trabalhou com o total de hipertensos e diabéticos que tínhamos cadastrados na UBS (101 e 26 respectivamente). Uma vez atualizados estes números, utilizamos os dados gerados pela planilha de coleta de dados(PCD)e segundo a mesma tínhamos na área de abrangência da UBS 375 hipertensos com 20 anos ou mais e 93 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

Apesar dos esforços realizados pela equipe não conseguimos atingir meta de cobertura proposta. Foi realizada a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vieram à UBS para consulta clínica, assim como nas visitas domiciliares para cadastrar casos novos e para melhorar o acolhimento fizemos capacitação de toda a equipe e organizamos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que buscavam a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) foram recebidos e devidamente direcionados.

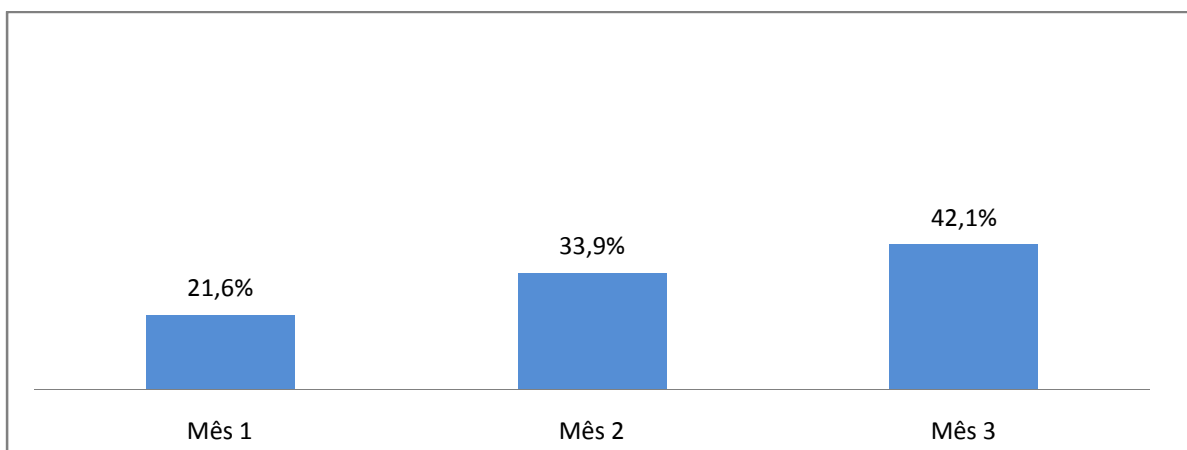


Figura 5 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 37,6%. No primeiro mês da intervenção, foram cadastradas 20 (21,5%) pessoas maiores de 20 com diabetes, no segundo mês foram 27 (29,0%) e no terceiro mês 35 (37,6%), como apresentado na Figura 6.

Nesse indicador aconteceu a mesma coisa, apesar dos esforços realizados pela equipe não conseguimos atingir meta de cobertura proposta pelo mesmo motivo já dito na meta 1.1. Foi realizado o hemoglicoteste de todas as pessoas com valores de pressão arterial maior ou igual 135/80 mmHg e com fatores de probabilidade de serem diabéticos.

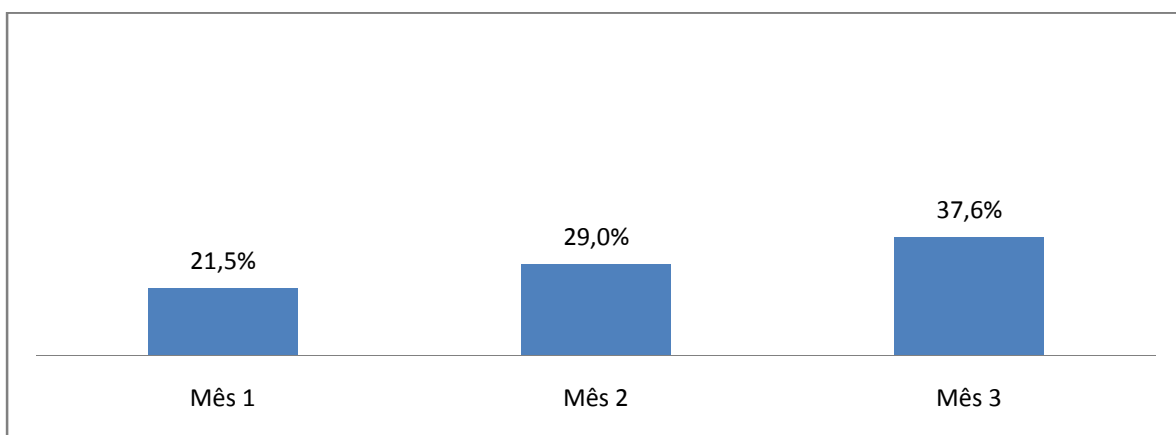


Figura 6 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100% em todos os meses, pois os usuários com Hipertensão Arterial eram examinados no momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe, e essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações. No primeiro mês foram examinados 81 (100%) das pessoas com hipertensão, no segundo mês foram 127(100%) e ao terceiro 158 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa tiveram realizado o exame clínico apropriado.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes e também alcançamos em todos os meses da intervenção a meta estipulada. No mês 1 tivemos 20(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico apropriado realizado. No mês 2 foram os 27(100%) e finalizamos o mês 3 com os 35 (100%) usuários com DM que foram examinados apropriadamente no momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade), esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no

momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe. No primeiro mês tivemos 20(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico dos pés realizados. No mês 2 foram os 27(100%) e finalizamos o mês 3 com os 35 (100%) usuários com DM tiveram realizado o exame dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade. Na UBS não temos o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé dos usuários com diabetes, mas isso não afetou a realização do exame clínico dos pés dos usuários diabéticos, em cada consulta era medida a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esse indicador desde o início da intervenção não teve bom resultados e infelizmente não conseguimos ofertar os exames solicitados a muitos dos hipertensos cadastrados porque em nosso município não contamos com um laboratório clínico.

Tínhamos conseguido realizar a coleta e exames solicitados a 5 usuários por dia para a população dos grupos prioritários (grávidas, hipertensos, diabéticos e idosos), em parceria com o bioquímico do quartel do exército, mas como ele não recebeu o pagamento pelos serviços prestados, ele decidiu que não ia continuar fazendo os exames laboratoriais na Unidade Básica de Saúde até receber o pagamento. Ao final da intervenção só alcançamos o resultado de 62% dos hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram 48 (59,3%) das pessoas com hipertensão cadastradas que estavam com a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês foram 74(58,3%) e ao terceiro 98 (62%) dos 158 hipertensos cadastrados no programa tiveram realizado os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. (Figura7)

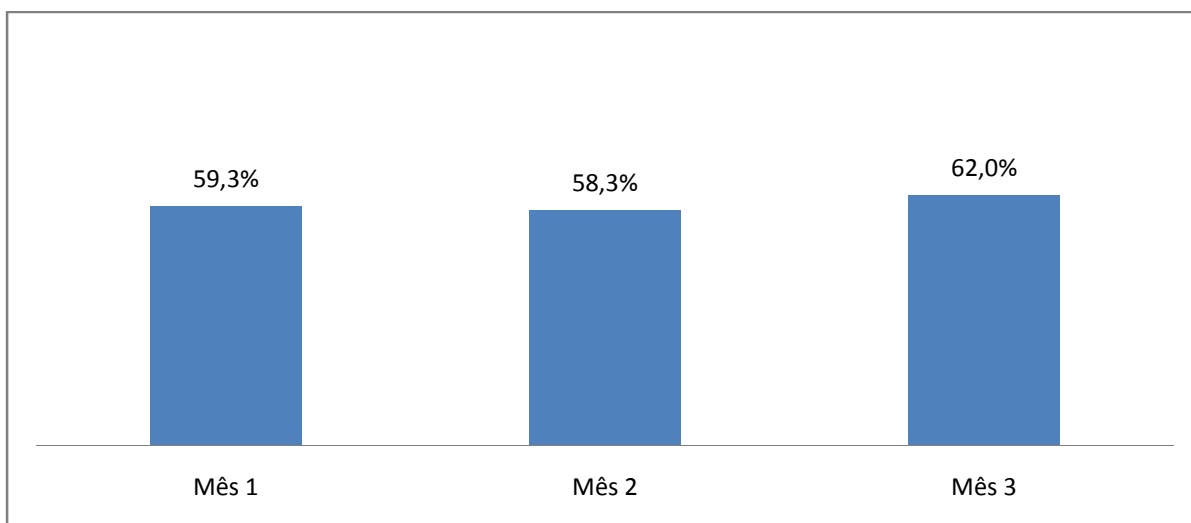


Figura 7 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta garantir a 100% das pessoas com Diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esse indicador desde o início da intervenção não teve bom resultados e infelizmente não conseguimos ofertar os exames solicitados a muitos dos diabéticos cadastrados pelo mesmo motivo de que no nosso município não contamos com um laboratório clínico e precisávamos dos serviços do bioquímico do quartel do exército, mas como ele não recebeu o pagamento pelos serviços prestados, ele decidiu que não ia continuar fazendo os exames laboratoriais na Unidade Básica de Saúde até receber o pagamento.

Segundo a Figura 8, no primeiro mês tivemos 14(70%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No mês 2 foram 19(70,4%) e finalizamos o mês 3 com os 27 (77,1%) dos 35 usuários com DM que conseguimos garantir a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

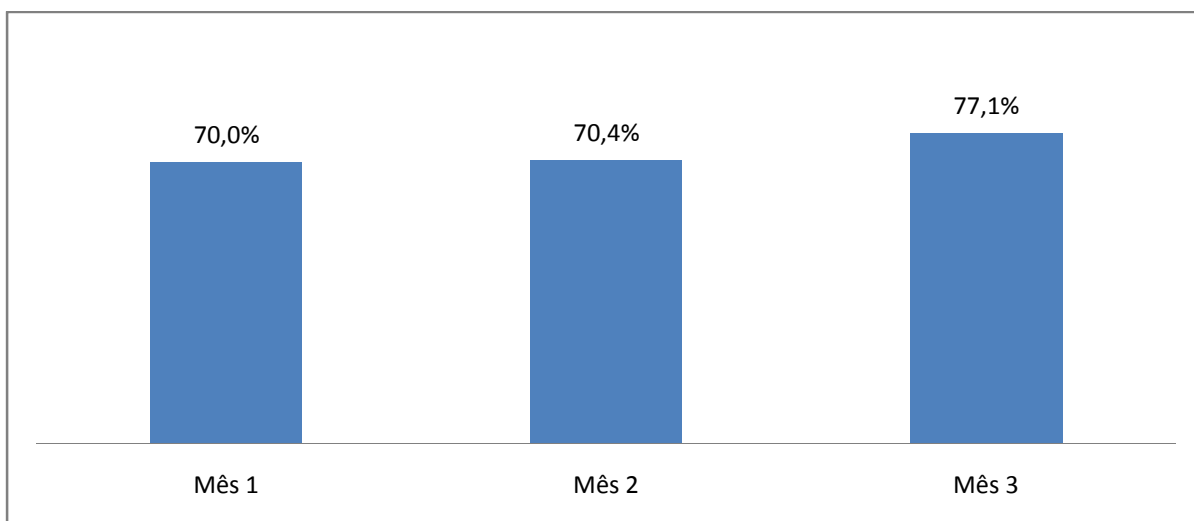


Figura8 Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

No primeiro mês foram 68 (98,6%) das 69 pessoas com hipertensão, que precisavam fazer usos de medicação, que estavam com a prescrição de medicamentos da farmácia popular e que faziam uso do medicamento fornecido pela farmácia popular. No segundo mês foram 113(99,1%) dos 114 com medicação prescrita e ao terceiro 144 (99,3%) dos 145 hipertensos cadastrados no programa que tinham prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia que faziam uso da medicação prescrita.(Figura 9).

Não conseguimos cumprir a meta de 100%, pois só um paciente não consome os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Ele toma um medicamento manipulado, para tomar um só comprimido.

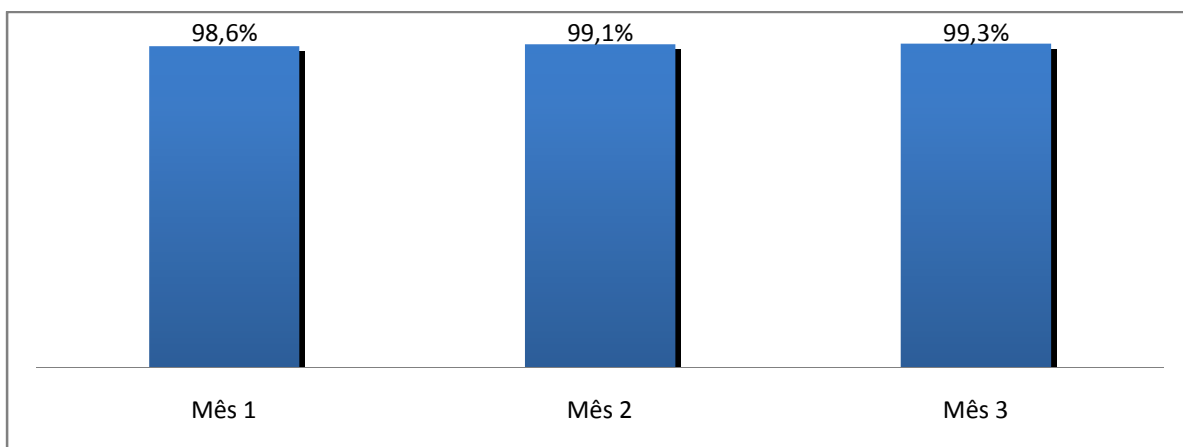


Figura 9 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS. Durante os três meses da intervenção conseguimos alcançar a meta onde 100% das pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês foram 17(100%) pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação e que tiveram prescrita medicação da farmácia popular. No segundo mês foram 24(100%) e ao terceiro 32 (100%) dos 35 diabéticos cadastrados no programa que tinham necessidade de uso de medicação e que tiveram prescritos essencialmente medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e esse indicador se manteve em 100% em todos os meses da intervenção, pois os usuários com Hipertensão Arterial eram avaliados no momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe. A cada consulta clínica quando nós(profissional médico e enfermeiro) diante

da anamnese e exame físico detectávamos problemas bucais em nossos usuários os encaminhávamos ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação. Para isto tínhamos disponíveis, no mínimo uma vaga diária para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão Arterial.

No primeiro mês foram 81 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 127(100%) e ao terceiro 158 (100%) dos hipertensos cadastrados no programa que tiveram realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Neste indicador, o mesmo aconteceu para as pessoas com DM cadastradas.No primeiro mês foram 20(100%) das pessoas com diabetes cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico.No segundo mês foram 27(100%) e ao terceiro 35 (100%) das pessoas com DM cadastradas no programa que tiveram realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foram buscados. No mês 1 da intervenção tivemos 19 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 19 (100%) destes hipertensos faltosos. No segundo mês faltaram 55 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 63(100%) hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

O trabalho dos ACS foi importante nesta busca ativa. Eles buscavam através de visitas domiciliares aqueles hipertensos faltosos às consultas clínicas previamente agendadas.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foram buscados. No mês 1 da intervenção tivemos 06 diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 06 (100%). No segundo mês faltaram 13 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 13 (100%) pessoas com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

O registro de acompanhamento se manteve em 100% em todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 81 (100%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário clínico, no segundo mês foram 127 (100%) e no terceiro mês foram 158 (100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento. A cada consulta clínica era atualizada a ficha espelho e o prontuário clínico com registro adequado do acompanhamento dos usuários com HAS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Com o objetivo de ter um monitoramento adequado, avaliação e melhor controle do acompanhamento dos usuários diabéticos durante toda a intervenção foram alimentadas as ficha espelho a 100 % dos usuários cadastrados com as informações gerais que foram fornecidas durante o interrogatório e exame físico. Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram registrados adequadamente na Ficha espelho e prontuários os atendimentos das 20(100%) pessoas com DM cadastradas, no mês 2 foram 27(100%) e finalizamos o mês 3 com as 35 pessoas com DM cadastradas com registro adequado do atendimento em ficha espelho e prontuário clínico.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Para mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes tínhamos como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão, não conseguimos alcançar essa meta, esse indicador ao final da intervenção estava em 62,0 %. Porque além dos fatores de risco:- história familiar de doença arterial coronariana prematura (familiar de 1º grau); - tabagismo; - hipercolesterolêmica (LDL-c elevado); - Hipertensão Arterial Sistêmica; - Diabetes Mellitus; - obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²); - gordura abdominal; - sedentarismo; - dieta pobre em frutas e vegetal; - estresse psicossocial se precisa de exames laboratoriais para calcular o Escore de Framingham. A Estratificação de Risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto.

No atendimento clínico individual do paciente Hipertenso e Diabético a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por cada paciente durante anamnese e visa o cálculo do escore do Framingham.

Durante a intervenção foram realizados avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos em todos os meses, mas não alcançamos a meta estabelecida. Conforme demonstrado na Figura 10, no primeiro mês foram 48(59,3%), no segundo mês foram 74(58,3%) e ao terceiro finalizamos com 98(62,0%) pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

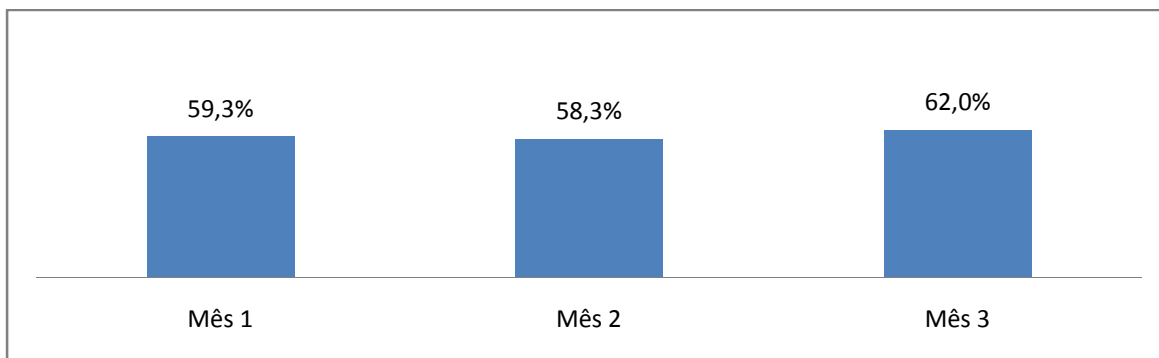


Figura 10 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, segundo a Figura 11 no primeiro mês conseguimos mapear 14 (70,0%) dos 20 usuários diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 19 (70,4%) dos 27 cadastrados e no terceiro mês 27 (77,1%) dos 35 usuários diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia. (Figura 11)

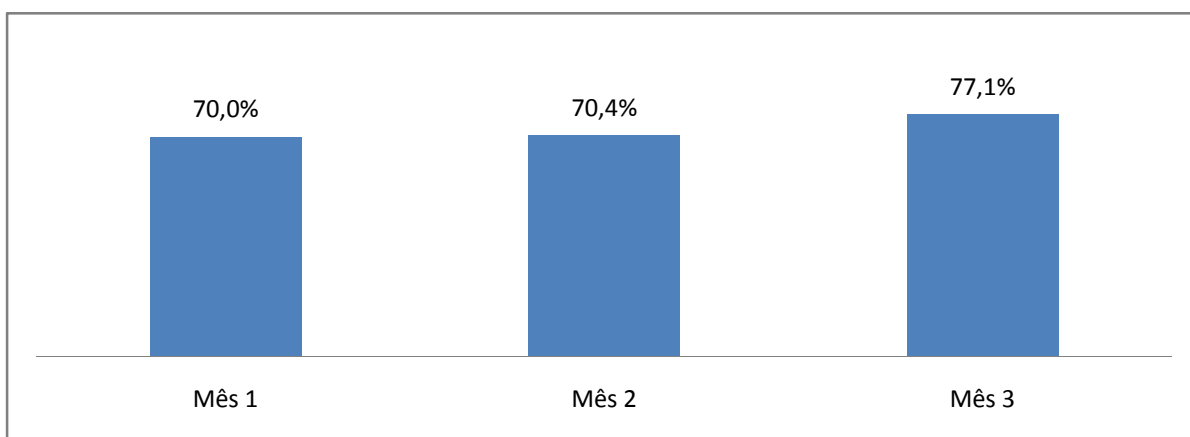


Figura 11 Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Nosso último Objetivo foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados durante a intervenção sobre orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês foram os 81 (100%) dos hipertensos cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 127 (100%) e no terceiro mês foram 158 (100%) hipertensos cadastrados que foram orientados sobre

alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Quanto às pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas, no primeiro mês foram os 20 (100%) cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 27 (100%) e no terceiro mês foram os 35 (100%) diabéticos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

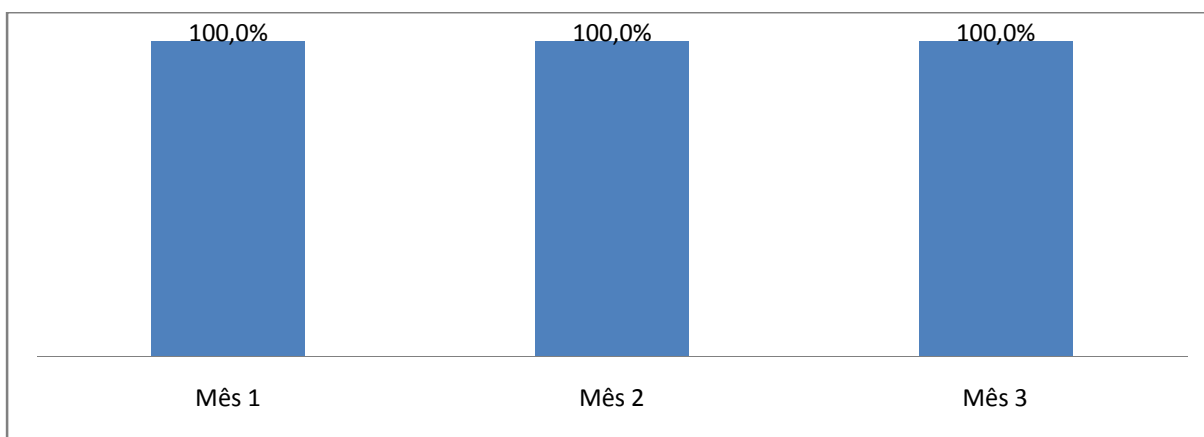


Figura 12 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC.2015.

Muitas foram as ações que facilitaram o cumprimento dessas metas entre as quais podemos destacar as visitas domiciliares, verificando os níveis pressóricos e glicêmicos da população alvo do estudo, todas as atividades educativas realizadas dentro e fora da UBS, na recepção, no centro do idoso, na igreja. A sistematização das palestras foi exemplo das atividades educativas que mais gostou a população.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. Apesar de não atingir a meta de cobertura proposta, propiciou a ampliação da

cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, conseguimos que os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa tivessem priorizada a prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia e que façam uso da medicação prescrita, conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS foram buscados conforme a periodicidade recomendada assim como a melhorar o registro das informações e promover a saúde a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Quando começamos a intervenção a equipe trabalhou com o total de hipertensos e diabéticos que tínhamos cadastrados na UBS (101 e 26 respectivamente), uma vez atualizados estes números, utilizamos os dados gerados pela planilha de coleta de dados(PCD), mas nós tínhamos a certeza que esse número é superior a realidade em nosso município,onde mais do 86% da população é indígena,existe um baixo nível econômico,ligado a tudo isso existe uma alta natalidade infantil e alta mortalidade, onde prevalecem as crianças sobre os adultos porque muitos morrem antes de chegarem a serem adultos, além das costumes e hábitos alimentares que eles têm, fatores todos esses que influem para que a estimativa não se corresponda com a realidade das estimativas nacionais de prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Infelizmente não conseguimos garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e a realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

No que refere à importância da intervenção para a equipe temos que a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, da auxiliar de enfermagem e da recepção, pois antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e só quando os usuários com hipertensão e diabetes solicitavam o serviço por demanda

espontânea ou atendimentos de urgência. No tocante à organização do serviço, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e aumentando a cobertura dos mesmos. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção às consultas programadas e a busca de aqueles usuários que estavam faltosos a consulta.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e a qualidade no atendimento, no início gerava insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas com as atividades educativas que foram oferecidas no trajeto da intervenção a população foi entendendo do motivo e da importância dessa priorização.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem estar cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético na UBS.

A equipe se esforçou muito para conseguir os resultados alcançados apesar de não atingir a meta de cobertura proposta. Melhoramos sensivelmente os indicadores de qualidade.

Ao estarmos finalizando este período de intervenção, percebemos a equipe mais integrada e sabendo que vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e melhorar os indicadores que ficaram baixos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco e também estaremos buscando apoio da comunidade para divulgar a importância do acompanhamento dos usuários com HAS e DM pela equipe de saúde.

Temos incorporado muitas ações previstas no projeto à rotina diária do serviço, dentro delas estão a capacitação da equipe que é um ponto fixo em cada reunião semanal, as palestras diárias como atividades educativas as quais são assistidas

não somente pelos pacientes hipertensos e diabéticos, também por todos os usuários que estão na sala de espera.

Tomando o Projeto de Intervenção como exemplo, também pretendemos implementarmos ações de qualificação em outras ações programáticas da Atenção Primária em Saúde como atenção a saúde da pessoa idosa e atenção a saúde da mulher (detecção precoce do câncer de mama e de colo de útero) que tem uma cobertura baixa na UBS.

Também pretendemos continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Visado à melhoria da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC, a equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa população por um período de 12 semanas, iniciamos a Intervenção em 16 de setembro e finalizamos em 10 de dezembro de 2015.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma Intervenção para a qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população da área de abrangência da Equipe.

A população vinculada à equipe é de 2468 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas onde coletamos dados durante a Análise Situacional, segundo a população da área de abrangência da equipe teríamos uma estimativa de 1378 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 434 hipertensos com 20 anos e 124 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 101(23,2 %) usuários com Hipertensão Arterial e 26(20,9 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus (incluindo Saúde Bucal) adotamos como protocolos o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _ Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Antes da intervenção na UBS tínhamos atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus só quando os usuários com hipertensão e diabetes solicitavam o serviço por demanda espontânea ou atendimentos de urgência, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e aumentando a cobertura dos mesmos. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção às consultas programadas e a busca de aqueles usuários que estavam faltosos a consulta.

Os Objetivos propostos para a intervenção eram de:

1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Trabalhamos com a busca de 375 hipertensos e 94 diabéticos, conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 42,1% hipertensos e 37,6% diabéticos. No primeiro mês foram cadastrados 81 (21,6%) pessoas maiores de 20 anos com hipertensão, no segundo mês 127(33,9%) e no terceiro mês 158

(42,1%). Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 37,6%. No primeiro mês da intervenção, foram cadastradas 20 (21,5%) pessoas maiores de 20 com diabetes, no segundo mês foram 27(29,0%) e no terceiro mês 35 (37,6%).

Apesar dos esforços realizados pela equipe não conseguimos atingir a meta de cobertura como esperávamos. Foi realizada a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vieram à UBS para consulta clínica, assim como nas visitas domiciliares para cadastrar casos novos e para melhorar o acolhimento fizemos capacitação de toda a equipe e organizamos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que buscavam a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) foram recebidos e devidamente direcionados. Foi realizado o hemoglicoteste de todas as pessoas com valores de pressão arterial maior ou igual 135/80 mmHg e com fatores de probabilidade de serem diabéticos.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes, esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100% em todos os meses, pois os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus eram examinados no momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe,

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade), esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no momento da consulta pela médica ou enfermeiro da equipe. Na UBS não temos o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé dos usuários com diabetes, mas isso não afetou a realização do exame clínico dos pés dos usuários diabéticos, em cada consulta era medida a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta garantir a 100% das pessoas com hipertensão e

diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Esse indicador desde o início da intervenção não teve bom resultados e infelizmente não conseguimos ofertar os exames solicitados a muitos dos hipertensos cadastrados porque em nosso município não contamos com um laboratório clínico. Tínhamos conseguido realizar a coleta e exames solicitados a 5 usuários por dia para a população dos grupos prioritários (grávidas, hipertensos, diabéticos e idosos), em parceria com o bioquímico do quartel do exército, mas como ele não recebeu o pagamento pelos serviços prestados, ele decidiu que não ia continuar fazendo os exames laboratoriais na Unidade Básica de Saúde até receber o pagamento. Ao final da intervenção só alcançamos o resultados de 62% dos hipertensos e 77,1 % dos diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes tínhamos como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes, não conseguimos alcançar essa meta, esse indicador ao final da intervenção estava em 62,0 % para os hipertensos e 77,1% para os diabéticos. No atendimento clínico individual do paciente Hipertenso e Diabético a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por cada paciente durante anamnese e visa o cálculo do score do Framingham.

O resto dos indicadores se manteve aos 100% desde o início da intervenção. Com essa intervenção conseguimos avaliar os indicadores propostos pelo curso de especialização, identificamos fatores potencialmente modificáveis que mudariam positivamente os indicadores conseguindo dar solução a muitos problemas de saúde, conseguimos incorporar à rotina diária do trabalho da Unidade Básica de Saúde o programa de atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Poderíamos sem dúvida nenhuma, com a ajuda da gestão municipal, melhorar a qualidade da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão

Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no município Santa Rosa do Purus porque os profissionais estão disponíveis e prontos para levar para frente o trabalho, só precisamos de um maior comprometimento da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal na disponibilização de recursos como reagentes para a realização de exames complementares e estabelecer um planejamento de interconsultas com especialista da capital para que pelos menos a cada 3 meses venham ao município e nossos usuários sejam avaliados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Para explicar nosso projeto à comunidade começamos falando da importância da intervenção e que tratou da melhoria da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Paulo Alcione Márquez, Santa Rosa do Purus-AC. Desde o dia 16 de setembro até o dia 10 de dezembro do 2015.

As ações previstas no projeto da intervenção a serem desenvolvidas foram realizadas seguindo o cronograma e desenvolvidas como foi planejado. Foi realizada a reunião com a gestão para apresentar a intervenção e para viabilizar o apoio para a logística da intervenção (materiais, insumos, equipamentos). Contamos com o apoio da gestão para garantir os materiais necessários assim como insumos.

As consultas dos usuários com Diabetes e Hipertensão foram realizadas de segunda a sexta-feira no horário da tarde pela médica e enfermeiro da equipe. A cada consulta clínica quando diante da anamnese e exame físico detectávamos problemas bucais em nossos usuários os encaminhávamos ao odontólogo.

Outra ação foi a reunião com a equipe para apresentar o Projeto da Intervenção e definir o papel de todos os profissionais na ação programática. Os atendimentos clínicos foram realizados a cada semana, conseguimos realizar os exames clínicos a 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados assim como o exame dos pés de 100% dos usuários com DM. Apesar dos esforços realizados pela equipe não conseguimos atingir a meta de cobertura como esperávamos. Trabalhamos com a busca de 375 hipertensos e 94 diabéticos, conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 42,1% hipertensos e 37,6% diabéticos.

Quanto aos faltosos à consulta previamente agendada, todos os faltosos foram buscados pelos ACS. Além disso, tivemos um incremento gradual daqueles

usuários que buscaram espontaneamente a UBS, o que significa um reconhecimento ao trabalho que nós fizemos para a melhoria na qualidade de vida e da expectativa de vida dos usuários com HAS e DM. Tudo isso fala a favor do comprometimento da gestão, dos membros da ESF e da comunidade.

Outra ação desenvolvida foi o rastreamento para a detecção de hipertensos e diabéticos, para o qual foi aferida a pressão arterial de todas as pessoas maiores de 18 anos que assistiram a consultas na UBS assim como nas visitas domiciliares para cadastrar casos novos e a realização de hemoglicoteste das pessoas com valores de pressão arterial maior ou igual 135/80 mmHg e fatores de probabilidade de serem diabéticos.

Foi realizado encontros e reuniões com lideranças comunitárias para estabelecer atividades de promoção, prevenção e conscientização em relação ao tema da saúde dos hipertensos e diabéticos. Quanto às atividades educativas de promoção e prevenção de saúde, foram desenvolvidas palestras na sala de espera com os usuários que assistem a consulta e no centro do idoso e academia da cidade com grupos de hipertensos e diabéticos. As pessoas presentes e os usuários com hipertensão e diabetes ficavam cada vez mais interessadas quando explicávamos o projeto e comprometeram-se (os hipertensos e diabéticos) a não faltar às próximas consultas.

Indiretamente ou diretamente as pessoas que assistiam as atividades de “sala de espera” também ajudaram a divulgar o trabalho que estamos fazendo ao comentar para outros usuários. Nestas palestras falamos da importância de assistir as consultas, dos fatores de riscos da hipertensão e do diabetes, da importância de cumprir com o tratamento para evitar complicações, demos orientação nutricional, orientação de atividade física, de higiene bucal, dos riscos do tabagismo, etc.

Infelizmente não conseguimos garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e a realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. Esse indicador desde o início da intervenção não teve bom resultados e infelizmente não conseguimos ofertar os exames solicitados a muitos dos hipertensos cadastrados porque em nosso município não contamos com um laboratório clínico. Ao final da intervenção só alcançamos o

resultados de 62% dos hipertensos e 77,1 % dos diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com a intervenção conseguimos aumentar o número de hipertensos e diabéticos, apesar de não atingir a meta de cobertura proposta, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, conseguimos que os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa tivessem priorizada a prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia e que façam uso da medicação prescrita, conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS foram buscados conforme a periodicidade recomendada assim como a melhorar o registro das informações e promover a saúde a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

As ações realizadas através da intervenção tiveram bons resultados e benefícios para todos os hipertensos e diabéticos e, dessa forma, temos grandes motivos para manter a intervenção na rotina da unidade e propiciar uma melhora significativa da qualidade de vida desses usuários.

Favorecido pela intervenção a população ficou informada sobre a existência do programa e sobre os benefícios que este oferece para os usuáriorhipertensos e diabéticos, E é nosso desejo que a partir deste momento melhore o fluxo espontâneo de pessoas hipertensas e diabéticas até nossa unidade não só por situações de saúde agudas, se não para acompanhamento periódico e sistemático segundo está estabelecido pelo Ministério de Saúde e o que constitui um direito dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a comunidade tem um papel fundamental e importante.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Muitos foram os fatores que determinaram a minha aprendizagem durante o período da especialização. Acredito que, entre todas, as ferramentas utilizadas na confecção e na elaboração das tarefas e o modelo de caso clínico com questões de múltipla escolha e escolha simples foram os que mais acrescentaram ao meu conhecimento, principalmente pela qualidade dos textos anexados aos questionários. Por outro lado, o modelo de tarefa do estudo da prática clínica trouxe um aprendizado muito bom se considerado o tempo dedicado à realização da tarefa.

A satisfação de ver a evolução da ação programática gerava cada vez mais vontade para estudar e se atualizar em relação ao conteúdo direcionado ao projeto de intervenção. As ações desenvolvidas nesse projeto serão, certamente, aplicadas em outras ações programáticas. Considero que esse curso trouxe muitos reflexos positivos para nossa UBS, tendo em vista que a proposta de realizar o processo de melhoria na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos é uma estratégia que possibilita transformações nas práticas do serviço.

Os profissionais tiveram a oportunidade de refletir sobre o processo de trabalho e avaliar a necessidade de mudanças, a fim de melhorar o atendimento e aumentar o nível de satisfação da comunidade assistida.

O curso de especialização como um todo, possibilitou o desenvolvimento de uma ampla visão sobre a importância de se realizar, junto à equipe, ações de educação em saúde. Muitos foram os benefícios alcançados através dele: adquiriu-se novos conhecimentos, a equipe teve a oportunidade de participar de algumas atividades propostas durante o curso e a comunidade foi contemplada com vários projetos e mudanças que se iniciaram através do aprendizado ofertado pelo curso. Além disso, o curso possibilitou a interação dos profissionais que puderam perceber

a importância do processo de educação em saúde e, principalmente, de trabalhar em equipe.

O fator essencial ao se cursar é a possibilidade de fazê-lo em serviço e compartilhar, dividir todo o aprendizado com a equipe e colocar em prática todo o conhecimento, ou seja, empregá-lo junto à comunidade.

Através deste curso pude perceber que a realização do processo de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos é fundamental, pois é uma ótima ferramenta que possibilita melhoras no processo de trabalho. Durante todo o plano de intervenção notou-se que a UBS trouxe muitas vantagens. Mas para que o processo da UBS tenha bons resultados é necessária a colaboração de todos os profissionais.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Referências

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.244 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf> Acesso em 05/02/2015.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde**(Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.·.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de GestãoEstratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

BRASIL, 2013 a.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: protocolo/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº13. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. il.

BRASIL 2013 b. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**(Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

BRASIL 2013 c. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

Anexos

Anexo AFicha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso)

[illegible][illegible]

Anexo B Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					

*Estimativa no território	
População total	→ Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0 → Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar na célula C6.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0 → Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar na célula C6.

Anexo CPlanilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1

[illegible]

Anexo D Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.